N° 165.

/14.

APERÇU GÉNÉRAL

SUR LA

CATARACTE.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 17 NOVEMBRE 1837 ;

PAR

FERDINAND **BATTAILLER**,

De Nismes (GARD) ;

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE POUR LE CHOLÉRA ;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,
IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.
1837.

AUX MANES DE LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Regrets éternels !!!

A MON PÈRE,

MON PREMIER MAITRE, ET MON MEILLEUR AMI.

Le malheur afflige ton âme, sage et religieux vieillard ! Puisse ce faible hommage que je t'adresse te tenir lieu des consolations que je ne puis te prodiguer moi-même !

A MON FRÈRE,

MÉDECIN.

Témoignage d'estime.

A MA SOEUR ET MON BEAU-FRÈRE.

Si le sort trop cruel nous sépare aujourd'hui, espérons qu'un jour le bonheur nous réunira.

A MON AMI,

M. BELCHAMPS,

Chevalier de l'Ordre royal et militaire de St-Louis et de l'Ordre royal de la Légion d'honneur.

Estime et reconnaissance sans fin à celui qui a pour moi la bonté d'un père.

F. BATTAILLER.



APERÇU GÉNÉRAL

SUR

LA CATARACTE.

L'ŒIL, organe essentiel de la vision, se compose de membranes et d'humeurs. Parmi ces parties, les unes sont essentielles à la vue; les autres ne sont qu'accessoires, c'est-à-dire qu'elles ne servent qu'à lui donner une plus grande netteté. La rétine est au nombre des premières; son altération amène la cécité complète ou l'amaurose. Le cristallin est un des organes accessoires; placé au centre de l'axe visuel, son opacité amène la cécité, mais une cécité qui peut céder à la soustraction de ce corps.

C'est à la cécité produite par l'opacité du cristallin, de sa membrane, ou de l'humeur placée entre l'un et l'autre, et appelée humeur de Morgagni, qu'on donne le nom de cataracte.

HISTOIRE DE LA CATARACTE.

Les Latins désignaient cette maladie sous les noms de *cataracta*, *suffusio oculi*, *gutta opaca;* les Grecs l'ont appelée du nom de γλαυκωμα, ὑποχυμα; le mot cataracte dérive du verbe grec καταρασσω, confondre ou troubler. Pour les médecins grecs, la cataracte consistait en une humeur trouble et coagulée placée entre le cristallin et la face postérieure de l'iris; un grand nombre ont cru que c'était une toile opaque qui fermait l'ouverture de la pupille (1). Guillaume de Salicet pensait que le cristallin était l'organe immédiat de la vision; mais Kepler démontra plus tard que la lentille cristalline était trop transparente pour garder les rayons lumineux, et dès lors elle ne fut plus regardée que comme un organe de transmission.

On fit alors des recherches sur le siége de la maladie qui nous occupe, et Gassendi, Michel Brisseau, Lasnier, reconnurent qu'il résidait dans le cristallin; cette opinion fut combattue, dans le sein de l'Académie des sciences, par Lahire, Littre et Merg. Mais Maître-Jean, Marechal, St-Yves et Petit, par des observations et des dissections multipliées, confirmèrent l'opinion de Lasnier et de Michel Brisseau. Heister, Boerrhave la soutinrent noblement, et depuis, aucun doute n'a plus été émis; cependant il est encore resté quelques médecins qui ont combattu en faveur des anciennes idées, et c'est du choc de ces opinions qu'est résulté la découverte de la cataracte dite membraneuse. Ainsi on établit dès lors une cataracte cristalline et une cataracte membraneuse. Bien plus, Antoine Deidier, Houin et Benomont reconnurent que la cataracte capsulaire pouvait être secondaire, c'est-à-dire succéder à l'abaissement du cristallin opaque. Enfin, les découvertes se succédant, Houin découvrit que l'humeur

(1) Ces opinions, toutes ridicules qu'elles semblent, ont bien pu être le fruit de dissections faites sur des yeux affectés de fausses cataractes.

de Morgagni peut s'épaissir ; Maître-Jean, que le cristallin, en devenant opaque, pouvait affecter la couleur noire au lieu de celle qu'il a presque toujours.

DIVISION.

Selon la division généralement adoptée par les auteurs, et qui est tracée par l'histoire de la maladie, nous distinguerons, comme Beer, la cataracte, d'après son siége, en cristalline ou lenticulaire, en capsulaire ou membraneuse, et en laiteuse ou morgagnienne : l'une est l'opacité du cristallin, l'autre celle de sa membrane, et la dernière celle de l'humeur de Morgagni. Ces trois états de l'œil peuvent exister séparément ou être réunis ; le plus ordinairement la cataracte est capsulo-lenticulaire.

CARACTÈRES DE CES DIFFÉRENTES CATARACTES.

1° *Cataracte lenticulaire.* — Elle a pour caractère de commencer toujours par le centre : c'est l'opinion de Beer ; elle se porte de là à la périphérie. Sa marche est ordinairement lente, sa couleur grise, jaunâtre ; l'œil est peu bombé ; on aperçoit une distance entre l'iris et le cristallin ; l'iris projette une ombre sur la circonférence du cristallin, il conserve presque toujours sa sensibilité ; le malade y voit un peu, surtout lorsque l'œil est tourné par côté.

2° *Cataracte capsulaire.* — Plus rare que la précédente, elle en diffère par l'opacité qui commence par la périphérie. Ce sont des stries qui se portent de la circonférence au centre ; d'un blanc plus éclatant que la première, elle a quelque chose de nacré, d'argenté dans sa couleur. Le plus souvent il n'y a pas de distance entre l'iris et cette membrane ; l'ombre projetée par la circonférence de l'iris manque aussi. Quelquefois il y a adhérence entre l'iris et la capsule ; dans ce

cas, l'opération devient plus difficile. Dans la cataracte capsulaire, l'opacité est plus complète; le malade distingue à peine le jour des ténèbres, et ne peut apercevoir l'ombre des corps qui passent devant lui.

3° *Cataracte Morgagnienne.* — Plus rare que les deux autres, elle consiste dans l'opacité de l'humeur placée entre le cristallin et sa capsule; sa formation est subite, le plus souvent occasionnée par l'impression de vapeurs irritantes sur le globe de l'œil. Dans ces cas, elle est promptement suivie du ramollissement de toute la substance cristalline. Très-commune chez les enfants, elle est très-souvent congéniale; sa couleur est d'un blanc de lait nébuleux plus épaissi en bas qu'en haut, ce qui tient à ce que les flocons albumineux, par l'effet de la pesanteur, se portent en bas lorsque l'œil est en repos; ce phénomène disparaît, et de plus on peut apercevoir un tremblotement dans cette humeur si l'œil est en mouvement: c'est là la cataracte branlante de certains auteurs; elle vient faire souvent saillie à travers la pupille; d'une consistance molle, il n'y a qu'à ouvrir la capsule et broyer légèrement le cristallin pour qu'elle se répande dans la chambre antérieure, et donne aux humeurs de l'œil une couleur laiteuse.

4° *Cataracte capsulo-lenticulaire.* — Son diagnostic est très-difficile: elle succède à la cataracte capsulaire; son volume est considérable, la chambre postérieure est presque toute effacée; l'iris a très-peu de mobilité.

Les quatre divisions que nous venons d'admettre sont très-utiles dans la pratique, car elles peuvent indiquer jusqu'à un certain point quel est le mode opératoire que l'on doit préférer, et quelles seront les chances de l'opération.

DE LA CATARACTE SECONDAIRE.

On donne ce nom à l'opacité qui apparaît à la place du cristallin après l'opération de la cataracte soit par abaissement, soit par ex-

traction. Le plus souvent elle consiste dans l'obscurcissement de la capsule antérieure : c'est alors la cataracte membraneuse secondaire. Sa formation est facile à expliquer : échappée à l'instrument, cette membrane, devenue le siége de l'inflammation, éprouve un épaississement, et par suite s'obscurcit. Le même résultat a lieu, quoiqu'elle ait été déchirée, par suite d'une exsudation plastique qui a amené le recollement de ses divisions. C'est dans ce cas que la méthode par abaissement triomphe.

Presque tous les auteurs s'accordent à regarder la capsule antérieure comme le siége de cette espèce de cataracte. Breschet croit que c'est, au contraire, la capsule postérieure; elle ne remplit pas toujours tout le champ de la pupille, et permet, par une ouverture irrégulière, aux rayons lumineux de parvenir au fond de l'œil. D'autres fois elle se présente sous la forme de lambeaux flottants dans la chambre postérieure; par leur base ils tiennent à la circonférence des procès ciliaires, et leur sommet anguleux flotte dans l'humeur aqueuse et vient obstruer la pupille.

Il peut aussi survenir une cataracte lenticulaire qui soit secondaire: ainsi, si à la suite de l'opération il reste des fragments du cristallin qui n'aient point été résorbés, et qu'ils interceptent les rayons lumineux, ou que le cristallin en entier soit remonté, on a affaire à une cataracte lenticulaire secondaire. De plus une membrane peut être procréée au-devant de la pupille ; un épanchement sanguin dans la chambre postérieure peut simuler, selon Maunoir, une cataracte brune. Tous ces accidents sont rangés parmi les cataractes secondaires; mais nous n'admettrons pas, avec Cocteau, que le cristallin puisse se reproduire.

CATARACTE FAUSSE.

On a donné ce nom aux altérations des milieux de l'œil autres que le cristallin. Nous ne ferons qu'indiquer ici les quatre espèces qu'a décrites Beer.

La première est la cataracte albumineuse : c'est une membrane accidentelle placée derrière l'iris, accompagnée le plus souvent de l'opacité du cristallin ou de sa membrane, et presque toujours du rétrécissement, de la déformation, de l'immobilité plus ou moins complète de l'iris; d'une couleur peu uniforme, elle est plus foncée en certains endroits; à une forte loupe, on peut distinguer son organisation et les vaisseaux qui la sillonnent.

La seconde est la purulente : moins fréquente que la première, elle est le résultat d'un hypopion dont la matière purulente, n'ayant pas été résorbée en entier, une partie s'étant engagée à travers la pupille dans la chambre postérieure, la vue est tout-à-fait perdue; la pupille est resserrée, adhérente à la masse morbide; l'iris, immobile, est presque en contact avec la cornée.

La troisième a été appelée sanguinolente. Le sang épanché à la suite d'une blessure faite dans l'intérieur de l'œil, vient se placer devant le cristallin; la vue n'est pas entièrement détruite; mais la pupille est anguleuse, rarement resserrée.

La quatrième est le résultat d'une forte commotion de l'œil qui a détaché de la face postérieure de l'iris le pigment qui l'enduit. Ce tapis se dépose à la surface de la capsule cristalline antérieure, et y produit des arborescences qui ressemblent assez bien à celles que présente une agate appelée dendrique. Il n'y a pas opacité d'autres parties. L'iris conserve ses mouvements, et la sensation de la lumière n'est pas perdue.

Callisen admet une espèce de cataracte qui dépend de l'épaississement de la membrane hyaloïde.

Enfin, il est une dernière espèce qui, à cause de sa couleur, a été appelée cataracte noire; mais elle ne diffère des autres ni par son siége, ni par sa nature. M. Dugès nous en a donné une belle théorie dans une de ses leçons de pathologie-chirurgicale (1).

(1) La formation de la cataracte noire est due, d'après ce professeur, au même principe que celui de la mélanose, que M. Breschet a démontré être formée par la matière colorante du sang altéré.

MARCHE.

La marche de la cataracte diffère suivant la cause. Ainsi, si elle dépend d'une contusion, qu'elle succède à une plaie, le développement en est très-rapide; elle peut être complète en très-peu de temps : c'est ainsi qu'un léger coup de poing sur l'œil a rendu des individus aveugles en peu de jours. Mais le plus souvent elle est très-lente, surtout chez le vieillard; sa formation dure plusieurs mois; quelquefois même elle n'est complète qu'au bout de plusieurs années; le plus souvent elle attaque les deux yeux, mais ce n'est pas toujours en même temps : ainsi un œil commence à s'affecter quand l'autre est entièrement opaque; lorsqu'un œil est déjà cataracté, la marche de la maladie, chez l'autre, est plus prompte. Nous dirons aussi que la marche doit varier selon l'organe qu'elle affecte : ainsi la cataracte morgagnienne est la plus rapide. L'âge du sujet influe aussi sur le développement du mal; chez le vieillard, le progrès est notablement plus lent.

SYMPTOMES.

Au début, le malade éprouve un affaiblissement graduel de la vue, surtout si le cristallin devient opaque d'une manière uniforme; lorsqu'un seul œil est affecté, le malade peut ne s'en apercevoir que très-tard; d'abord il croit voir voltiger dans l'air des flocons de laine, de neige, des toiles d'araignées; il se plaint d'un brouillard épais qui l'empêche de distinguer les objets en entier; ils lui semblent entourés d'un nuage blanchâtre; ce phénomène a lieu lorsqu'on ne peut encore remarquer aucune opacité. S'il regarde la lumière d'une bougie, elle lui paraît environnée d'une vapeur qui devient plus épaisse à mesure qu'on l'éloigne de ses yeux. Ces symptômes augmentent de plus en plus d'intensité, de manière que le

malade finit par y voir à peine pour se conduire. Alors devenu nyctalope, il y voit mieux le matin et le soir que dans la journée, et par une faible lumière que si elle est trop vive : ce symptôme est plus particulier à la cataracte cristalline ; en effet, comme elle commence par le centre, il faut que la pupille soit bien dilatée pour que la lumière puisse pénétrer jusqu'au fond de l'œil, à travers la circonférence du cristallin qui n'est pas encore entièrement opaque. Un phénomène contraire a lieu lorsque la cataracte est très-avancée : les malades sont alors héméralopes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent distinguer les objets que lorsqu'ils sont très-éclairés ; cela tient à ce que, quand le cristallin est devenu opaque dans toute son étendue, il s'oppose également au passage de la lumière, quel que soit le degré de dilatation de la pupille. Si la lumière est faible, elle est retenue entièrement dans ce corps ; si elle est très-vive, une portion de ses rayons peut encore le traverser pour parvenir jusqu'à la rétine et y produire une légère sensation.

C'est aussi d'après cette même théorie qu'un cataracté, dans le commencement de sa maladie, ne place pas l'objet qu'il regarde en face de l'œil, mais par côté ; qu'il tourne l'œil et qu'il voit mieux les objets extérieurs en tournant le dos à la lumière ou au soleil.

A quelque degré que la maladie soit parvenue, à moins qu'il n'y ait complication, le malade distingue la lumière des ténèbres.

Si l'on examine un œil affecté de cataracte, on voit que la pupille n'est plus noire, qu'elle est remplacée par une tache blanche, jaunâtre, grise ou verdâtre, suivant le siége de l'opacité, et que cette tache est tantôt uniforme, tantôt inégale ; de plus, à la circonférence du cristallin, on aperçoit un cercle noirâtre qui dépend ou de l'ombre projetée par le rebord de l'iris, ou de l'état de la maladie moins avancée dans ce lieu. La surface du cristallin cataracté est convexe et placée à quelque distance derrière la pupille, ce qui rend plus apparente la chambre postérieure de l'œil ; l'iris est plus dilaté que du côté sain ; il n'y a aucune autre altération dans les autres parties de l'œil. La pupille conserve ses mouvements, à moins

que l'iris n'ait contracté adhérence avec la capsule cristalline antérieure, ou qu'il n'y ait paralysie de l'iris ou de la rétine.

DIAGNOSTIC.

La cataracte peut être confondue avec plusieurs autres maladies, principalement avec l'amaurose; il est cependant quelques caractères différentiels très-marqués : ainsi, dans la cataracte, le malade conserve la faculté de distinguer le jour de la nuit; dans les commencements, le malade est nyctalope; le contraire a lieu dans l'amaurose : il est héméralope. L'examen de l'œil fait reconnaître, chez le cataracté, un corps opaque placé immédiatement derrière l'ouverture pupillaire.

Dans la cataracte, la vue s'affaiblit à mesure que l'opacité augmente; rien de semblable n'a lieu dans les progrès de l'amaurose. Chez le cataracté, l'iris conserve ses mouvements; ils sont rarement détruits, à moins qu'il n'y ait quelque adhérence; le plus souvent ils sont anéantis dans l'amaurose. La cornée, dans la cataracte, conserve le même aspect; dans l'amaurose, sa transparence est moins nette. La cécité, dans la cataracte, est toujours la même, tandis que, dans l'amaurose, un jour le malade y voit, et l'autre jour la cécité est complète : il y a pour ainsi dire alternative de cécité et de non cécité, ce dont nous avons pu nous convaincre chez une jeune fille âgée de 22 ans, chez laquelle, à la suite d'une suppression menstruelle, il s'était déclaré une céphalalgie intense, et en même temps une amaurose. D'abord soignée par M. Serre d'Alais, elle a été confiée aux soins de M. Pleindoux de Nismes : ici l'amaurose était liée, selon toutes les apparences, à une affection cérébrale qui a amené la mort. Cet exemple prouve que très-souvent les affections graves du cerveau sont la cause de l'amaurose. Nous avons donné nos soins à un jeune homme qui, par son état, était continuellement exposé à la réverbération d'un fourneau : il se plaignait d'une cépha-

lalgie intense et d'une faiblesse dans la vue qui augmentait de jour en jour ; il était atteint d'un strabisme depuis sa naissance; la transparence de l'œil n'était nullement troublée ; un séton à la nuque a fait disparaître tous ces fâcheux symptômes. Tous ceux qui sont atteints d'une amaurose , à moins qu'elle ne soit produite subitement , nous présentent des symptômes graves du cerveau ; tandis que la cataracte n'est très-souvent précédée d'aucun de ces symptômes , ou bien ils sont si légers, que le malade ne s'en aperçoit pas. Il est encore d'autres caractères différentiels : ainsi le cataracté voit les objets entourés d'une auréole blanche, tandis qu'elle est irisée pour l'amaurotique. Le cataracté voit les objets qui sont placés par côté ; celui qui a une amaurose ne les voit pas mieux par côté que par devant. Des verres convexes peuvent augmenter la netteté de la vue chez le premier ; il n'en est pas de même chez le second : de plus , l'homme qui a une amaurose a un air d'hébétude répandu sur sa figure. Les deux yeux sont presque toujours également et en même temps affectés dans l'amaurose, ce qui n'a pas lieu dans la cataracte.

L'éclat d'une vive lumière ne produit aucun mouvement dans la pupille quand il y a amaurose, tandis que dans la cataracte la pupille se meut. L'amaurose est une maladie plus commune dans la jeunesse. La cataracte affecte plus souvent le vieillard : sur 100 cataractés, 99 ont dépassé l'âge de 60 ans.

Il est un autre symptôme qui sert à distinguer la cataracte de l'amaurose , et principalement la cataracte noire : c'est que l'image de la personne qui regarde n'est point réflétée dans l'œil de celui qui a une cataracte noire , comme elle l'est dans celui de l'amaurotique.

On distingue la cataracte du glaucôme à la couleur verte du fond de l'œil , à la forme concave qu'affecte l'opacité , à sa profondeur , ainsi qu'à l'intensité des douleurs de l'œil affecté.

Un nouveau journal , *l'Expérience*, publié par MM. Dezeimeris et Littre , offre , dans son premier numéro daté du 5 de ce mois , un premier article intitulé : *Recherches sur un moyen imaginé par M. Sanson pour distinguer la cataracte commençante de quelques autres affections du globe oculaire.* Nous ne pouvons rapporter en entier cet

article intéressant ; mais voici quelques-unes des propositions qu'il renferme :

« Lorsqu'au-devant de l'œil d'un amaurotique dont la pupille a été dilatée, soit par l'effet de la maladie, soit par l'action de la belladone, on présente une lumière, on voit très-distinctement et constamment trois images de la flamme. De ces trois images, deux sont *droites* et une est *renversée ;* elles sont situées en arrière les unes des autres, dans l'ordre suivant :

» La plus antérieure, qui est la plus apparente, est droite ;

» La plus profonde, qui est la plus pâle, est droite aussi ;

» Et la troisième, située entre les deux autres, est renversée.

» Dans la cataracte, quel que soit le degré de développement de la maladie, ces images manquent. Il y a quelque temps, un malade me fut adressé d'Alep, par un médecin, pour que je l'opérasse de la cataracte ; les trois images existaient ; le malade était affecté de glaucôme.

» Appelé, il y a quelques jours, en consultation pour voir une malade que plusieurs confrères avaient déclarée cataractée, je reconnus les trois images, et la malade était amaurotique.

» Vous avez vu, il n'y a pas long-temps, à la consultation, une femme chez qui la vision était abolie. Elle m'était adressée comme amaurotique. Aucune opacité ne se faisait remarquer dans le champ de la pupille ; deux images manquaient ; je déclarai qu'elle avait deux cataractes, et la suite a prouvé l'exactitude du diagnostic. »

Ces faits nous paraissent fort curieux et fort importants ; les praticiens devront se livrer à des expériences, afin de déterminer la valeur du moyen de diagnostic proposé par M. Sanson.

PRONOSTIC.

Le pronostic n'est pas grave, si l'on ne considère que le danger que cette maladie fait courir pour la vie ; mais elle prive d'un sens

important; et, sous ce rapport, le jugement que porte le médecin est fort fâcheux.

La cataracte a pu guérir quelquefois spontanément, surtout chez les jeunes sujets, d'après Pott, Callisen, Tenon et Velpeau. Si la cataracte est héréditaire, le pronostic doit en être fâcheux ; sa guérison spontanée est alors très-rare. Beer dit ne l'avoir jamais vue guérir dans ces cas ; cependant Dupuytren et le professeur Delmas en ont cité plusieurs exemples.

La cataracte peut compliquer d'autres maladies des yeux, ou être compliquée par elles ; le pronostic est alors bien plus grave. Parmi les complications les plus fréquentes se trouvent l'ophthalmie chronique, l'amaurose, les taies de la cornée, les adhérences de l'iris, le glaucôme, la diffluence du corps vitré.

CAUSES.

La cataracte attaque également les hommes et les femmes, le plus souvent les vieillards, rarement les adultes, et encore moins les enfants, qui peuvent cependant l'apporter en naissant; c'est là la cataracte dite congéniale. D'après Maître-Jean, Janin, Petit de Lyon, Beer, Dupuytren, elle peut être héréditaire ; ces auteurs ont vu des familles entières en être affectées.

Les causes occasionnelles sont ou internes ou externes.

Parmi ces dernières on a placé l'action trop prolongée d'une vive lumière, surtout quand l'œil est fixé sur de très-petits objets, comme il arrive chez les horlogers, les joailliers, les lapidaires, les verriers, les forgerons, les fondeurs, les cuisiniers, les moissonneurs : c'est là l'opinion de Beer, que Maunoir a voulu combattre. Enfin, les vapeurs acides ou alcooliques, auxquelles certaines personnes sont exposées, l'occasionnent souvent. Parmi les causes occasionnelles externes se rangent aussi les contusions, les plaies du globe de l'œil. Pott en cite des exemples. Dans ces cas, la cataracte n'affecte le plus souvent qu'un seul œil, fait des progrès plus rapides, attaque d'abord la

capsule du cristallin, plus tard ce dernier corps, et se complique souvent d'adhérence avec l'iris et d'immobilité de la pupille.

Beer pense que, dans ces cas, la formation subite de la cataracte dépend de la séparation du cristallin d'avec sa capsule.

On a regardé comme causes internes la suppression des écoulements purulents, d'un vésicatoire, d'un cautère, d'ulcères anciens; la disparition de flux sanguins habituels, tels que les menstrues, les hémorroïdes; la rétropulsion d'exanthèmes cutanés, des dartres, du virus syphilitique, de la gale, de la goutte, du rhumatisme. Ces dernières causes sont fort incertaines. Il en est de la cataracte comme des maladies dont on ne connaît pas l'étiologie directe.

Quant à la cause prochaine ou intime de la maladie, plusieurs hypothèses ont été émises. Il nous semblerait que l'opinion de ceux qui ont voulu considérer la cataracte comme dépendante d'une ossification, chez le vieillard surtout, n'est pas dénuée de fondement. Pourquoi ne pas croire que le cristallin est soumis à cette tendance générale qu'ont certaines parties du corps, chez le vieillard, à s'ossifier, comme nous le voyons pour les artères dans la gangrène sénile? En admettant même que l'inflammation est la cause intime de la cataracte, on pourrait croire à l'ossification du cristallin, d'après la théorie émise dans une leçon clinique par M. Lallemand, qui a voulu prouver que l'inflammation formait le cal. Ce n'est pas que nous voulions faire jouer à l'inflammation le rôle important qu'on lui a assigné et qu'on lui assigne encore dans la production des phénomènes physiologiques et pathologiques; nous ne concevons pas un mode morbide qui tantôt détruise et tantôt édifie, qui ramollisse ou qui endurcisse les tissus, qui produise, en un mot, des effets diamétralement opposés; et nous ne regardons pas comme logique l'admission d'une inflammation ulcérative, adhésive, sécrétoire, etc. Mais l'ossification ou l'oblitération de la branche que l'artère centrale de la rétine envoie, à travers le corps vitré, à la face postérieure du cristallin, pourrait bien être la cause de la cataracte; et l'opinion de Delpech, qui pensait que la maladie était due à une nécrose du cristallin, viendrait à l'appui.

TRAITEMENT.

Traitement médical. — Il peut tout au plus être palliatif. On peut quelquefois en obtenir quelques succès au début de la maladie. On a tour à tour employé le mercure, l'antimoine, la ciguë, la belladone, la pulsatille, etc. Gondret a mis en usage la cautérisation. Enfin, on a eu recours au séton, au moxa, au cautère; ils ont pu n'être pas sans efficacité dans le principe; ils ont agi comme révulsifs, en établissant une fluxion, un travail dans une autre partie du corps; et s'ils n'ont pas amené une guérison complète, on peut toujours du moins leur attribuer la lenteur avec laquelle la maladie a marché, et son état stationnaire. L'électricité, en donnant de la tonicité aux parties dont l'œil est composé, en leur donnant, pour ainsi dire, un nouveau degré de vitalité, a pu, suivant Weller, Himly et Loder, faire disparaître des cataractes commençantes. Malgré cela, nous n'accordons pas beaucoup de confiance au traitement médical, et nous ne croyons pas qu'il puisse guérir une cataracte complète.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Les Grecs et les Latins employaient les deux méthodes : l'abaissement et l'extraction; il paraît cependant que l'abaissement était le plus fréquemment mis en usage. Celse et Galien donnent la description de ce procédé. Chez les Grecs, Anlyte découvrit la méthode par extraction. Avicenne indique la manière de la faire, et Daviel a passé long-temps pour en être l'inventeur. Elle a été surtout préconisée par St-Yves et Petit.

L'abaissement, en France, fut la seule opération que les chirurgiens pratiquèrent dans les 16me et 17me siècles; mais dans les siècles suivants, il perdit de sa vogue. Horius, Prau, Heister le proscrivirent, quand Daviel, par son habileté dans l'opération par extraction, vint lui porter un coup mortel : il était tout-à-fait dans l'oubli, quand l'immortel Scarpa vint lui redonner son ancien éclat qu'il conserve encore de nos jours. Pendant long-temps encore, si ce n'est pas

toujours, il y aura des soutiens des deux méthodes qui rivaliseront.

On admet donc aujourd'hui deux méthodes principales pour guérir la cataracte : l'extraction, qui consiste à enlever de l'œil le cristallin devenu opaque, et l'abaissement, méthode dans laquelle on abaisse le cristallin dans la chambre postérieure où il est, pour le livrer à l'absorption. Il est d'autres méthodes moins connues, dont nous parlerons dans un autre article.

Ici se présentent plusieurs questions à résoudre.

1° *Quand faut-il opérer? Quels sont les cas défavorables à l'opération ?*

Il est des circonstances dans lesquelles la cataracte ne peut être opérée : tel est le cas de sa complication avec l'amaurose. Il est presque inutile de dire que, toutes les fois que cette maladie, malheureusement trop souvent incurable, vient compliquer la cataracte, on ne doit point opérer. En effet, à quoi servirait de rendre à l'œil sa transparence en déprimant ou en extrayant le cristallin opaque si la membrane sur laquelle tombent les rayons lumineux a perdu la faculté de recevoir et de transmettre leur impression. Mais aussi on doit bien se garder de confondre avec l'amaurose une adhérence du rebord de l'iris avec la capsule du cristallin, ou un accroissement morbide du cristallin, qui, comme l'a bien observé le docteur Guérin de Lyon, peut occasionner l'immobilité de l'iris. Mais dans le premier cas, on ne voit point l'espace libre qui existe entre l'iris et le cristallin quand il n'y a qu'amaurose ; dans le second, on peut toujours s'apercevoir de l'altération du cristallin qui fait saillie dans la chambre antérieure. Le cas le plus difficile à juger est celui dans lequel le malade est atteint d'une amaurose et d'une cataracte incomplètes ; dans ces cas, il faut voir si l'affaiblissement de la vue est en raison de l'épaississement du cristallin. Ainsi, d'après Boyer, on peut croire qu'il y a amaurose, si la cécité est complète, quoique l'épaississement du cristallin soit peu avancé. On doit aussi rechercher quels sont les symptômes qui se sont manifestés au début de la maladie, et juger s'ils appartiennent plutôt à l'amaurose qu'à la ca-

taracte. On doit bien se garder d'opérer, quoique l'amaurose ne soit que commençante ; car il est prouvé que cette maladie fait des progrès plus rapides après l'opération. La raison en est toute simple : la rétine, avant l'opération, était soustraite en partie aux rayons lumineux ; tout à coup elle y est exposée en entier ; recevant des impressions qu'elle n'avait plus depuis long-temps, elle s'irrite, c'est sur elle que se fait la fluxion, suite inévitable de l'opération, et son altération fait alors les progrès les plus rapides.

Une hydrophthalmie, une ophthalmie chronique rebelle, des taies très-étendues sur la cornée, une diminution ou une augmentation anormales du volume de l'œil ; s'il est dur, bosselé, déformé, douloureux ; si la cornée est épaissie et forme une saillie conique à travers la paupière ; si la conjonctive est couverte de vaisseaux variqueux : voilà tout autant de cas où l'opération doit être proscrite.

Pour les maladies qui ne sont point locales, comme la syphilis, les dartres, la goutte, le rhumatisme, on doit attendre leur guérison pour opérer. Enfin, il est à craindre que l'opérateur ne réussisse pas, quand un œil a été déjà opéré sans succès, ou que la cataracte s'est déclarée à la suite d'un coup.

Les conditions favorables à l'opération sont d'abord : une bonne constitution ; l'œil doit avoir conservé son volume, sa forme, sa transparence, et l'iris sa mobilité ; la couleur du cristallin servira, comme nous l'avons dit dans un de nos articles précédents, à faire connaître l'espèce de cataracte et en même temps les difficultés plus ou moins grandes de l'opération : il faut que le sujet soit peu irritable, que l'œil ne soit pas habituellement enflammé, que la pupille soit large et mobile, et que le malade distingue le jour des ténèbres.

S'il n'y a qu'un seul œil cataracté, doit-on opérer ?

St-Yves ayant opéré un individu d'un seul œil, la vue fut recouvrée par l'autre ; Weller, Wensel, Maunoir, citent des observations de ce genre. La sympathie qui existe entre les deux yeux, et qui fait que quand l'un est malade l'autre le devient bientôt, serait assez favo-

rable à cette opinion. Mais c'est cette même sympathie qui milite avec beaucoup de raison en faveur de l'opinion qui est de ne pas opérer quand il n'y a qu'un seul œil cataracté. En effet, si l'on opère, il est à craindre qu'il ne se déclare une inflammation dans l'œil, et que de celui-là elle ne se propage à l'œil sain : c'est ce que nous prouve une observation de MM. Cloquet et Bérard. Un jeune homme, d'un tempérament lymphatique, portait depuis sept ou huit ans une cataracte d'un seul côté, laquelle était survenue à la suite d'une violente percussion sur l'œil. Désirant être débarrassé de sa maladie, plutôt à cause de la légère difformité qu'elle lui occasionnait, qu'à raison de l'obstacle qu'elle mettait à la vision, il sollicita un chirurgien de l'opérer : il le fut par abaissement. La cataracte était membraneuse, ce qui nécessita de longues et fatigantes manœuvres avec l'aiguille, et la pupille ne put pas être complètement débarrassée. Le second jour après l'opération, il survint une inflammation des plus violentes, qui se communiqua à l'œil sain, et fut suivie d'une large ulcération de la cornée et d'une taie qui en occupa le centre. Le malade voit aujourd'hui à peine pour se conduire. Cette observation prouverait que non-seulement il n'est pas nécessaire, mais encore qu'il est dangereux d'opérer quand il n'y a qu'un seul œil cataracté ; car, si on le fait pour éviter la difformité, il en reste toujours une : l'œil opéré diffère toujours de l'œil sain ; c'est ce dont nous avons pu nous convaincre chez un chef d'escadron d'artillerie qui avait été très-bien opéré de la cataracte d'un seul côté ; la difformité dans le regard était telle, que des personnes qui n'étaient pas même de l'art le croyaient borgne. De plus, outre la difformité, il résulte un trouble plus ou moins grand dans la vision : en effet, l'opération amenant un changement dans les milieux de l'œil, celui qui a été opéré n'ayant plus de cristallin, ne réfractera pas les rayons lumineux de la même manière que celui du côté opposé. Il est vrai qu'on pourra y remédier en plaçant un verre fortement convexe devant l'œil opéré. Quoi qu'il en soit, nous concluons, avec la plupart des chirurgiens d'aujourd'hui, qu'il est plus sage de ne pas opérer quand la cataracte n'existe que d'un côté.

A quel âge doit-on pratiquer l'opération ?

On opère avec succès à tout âge ; cependant c'est presque toujours dans un âge avancé. Quant à ce qui concerne la cataracte congéniale, les avis sont partagés : les uns prétendent qu'on ne doit opérer que lorsque l'enfant a atteint l'âge de raison, et qu'il se soumet lui-même à l'opération. Ceux qui soutiennent cette opinion prétendent que l'opération serait bien plus difficile à pratiquer et les accidents bien plus à craindre, à cause de l'indocilité du petit malade. D'autres chirurgiens dont nous partageons l'avis regardent le sens de la vue comme tellement nécessaire à l'éducation physique et morale de l'enfant, qu'ils pensent que l'on doit opérer de bonne heure, sans considérer le jeune âge. De plus, en opérant de bonne heure, on évite ces mouvements continuels qui se passent dans le globe de l'œil, qui rendent l'opération si difficile chez les aveugles de naissance, mouvements qui se conservent même après l'opération, et qui empêchent de pouvoir fixer exactement les corps. On prévient encore l'affaiblissement de la rétine, qui arrive souvent si on attend trop long-temps pour opérer ; on prévient la formation d'adhérences de la capsule, ou d'autres complications non moins fâcheuses. L'enfant n'a d'ailleurs aucune préoccupation ; la pupille est chez lui presque aussi grande que chez l'adulte ; on peut aisément maintenir la tête immobile ; un peu d'opium procure un état de calme qui permet d'opérer sans que l'enfant ait conscience de ce que l'on fait sur son œil. Nous avons été confirmé dans l'opinion que nous soutenons, en lisant dans des observations d'aveugles de naissance qui ont recouvré la vue, combien il a fallu de temps pour élever et leurs yeux et eux-mêmes à la connaissance des objets physiques.

Quelle est la saison la plus favorable pour opérer ?

L'opération peut réussir dans toutes les saisons ; cependant l'été

et le printemps sont plus favorables que l'automne et l'hiver, parce que, dans ces dernières, les maladies des muqueuses, les fluxions catarrhales sont plus fréquentes ; l'œil est recouvert par une muqueuse très-susceptible de s'enflammer ; puisque nous voyons que, chez beaucoup de personnes, le moindre vent, le moindre froid font rougir les paupières, et rendent les yeux larmoyants. Dans les temps où il règne des affections épidémiques et surtout des ophthalmies, on doit différer l'opération. On doit aussi éviter les temps d'orages, surtout dans le cas d'opération par abaissement, de peur qu'une commotion électrique ne fasse remonter le cristallin. C'est là une précaution que nous avons toujours vu prendre par le professeur Serre.

Doit-on opérer les deux yeux à la fois ?

Scarpa, Demours, Forlentz, Dupuytren, disent que s'il survient des accidents chez un malade qui a été opéré des deux yeux, la vue se trouve perdue pour toujours : c'est là l'opinion du professeur Serre. Lorsque, au contraire, on n'opère que d'un côté, s'il survient des accidents qui rendent l'opération inutile, on a toujours l'espoir de pouvoir rendre la vue au malade en opérant l'œil qu'on a conservé. Si l'on opère les deux yeux au même instant, l'inflammation se fixant sur l'un des deux yeux, il se trouve perdu ; en les opérant, au contraire, à quelque temps de distance, on peut les sauver tous les deux, d'après Dupuytren. Outre cela, les personnes opérées de la cataracte éprouvent, au bout d'un certain temps, un affaiblissement de la vue qui finit par les rendre tout-à-fait aveugles. Quand on n'a opéré que d'un seul côté, on s'est ménagé la ressource d'une seconde opération qui rend au malade un œil qui n'est point affaibli. Ce sont principalement ceux qui adoptent l'extraction qui opèrent les deux yeux à la fois. Ainsi j'ai vu M. Pamard, chirurgien distingué d'Avignon, opérer par extraction les deux yeux chez une jeune fille : l'opération a parfaitement réussi.

Ceux qui soutiennent que l'on doit opérer les deux yeux à la fois,

disent que s'il survient des accidents après l'opération, il est très-rare qu'ils attaquent les deux yeux avec la même intensité, et qu'ils déterminent la perte de la vue, ou même que l'un des deux yeux soit entièrement détruit; que si l'on n'opère qu'un seul œil, et qu'il survienne des accidents, l'autre peut aussi en être affecté; ou lorsqu'on fera la seconde opération, le premier sera encore exposé à une nouvelle inflammation : en sorte que les deux yeux peuvent éprouver deux fois les mêmes accidents. On n'a pas, disent-ils, ce résultat quand on opère à la fois des deux côtés. Quant à l'affaiblissement de la vue après l'opération de la cataracte, dépendant presque toujours d'une amaurose, il doit porter non-seulement sur l'œil opéré, mais encore sur celui qui ne l'a pas été. De quelle utilité serait alors l'opération que l'on pratiquerait sur un œil frappé de paralysie? Ensuite, en opérant les deux yeux, on fait jouir les malades plus complètement des fruits de l'opération, ce qu'il faut se proposer quand la personne est âgée et qu'elle n'a que peu de temps à vivre.

Cependant il est des cas, d'après ceux même qui veulent qu'on opère les deux yeux à la fois, dans lesquels il est indispensable de n'opérer qu'un seul œil. Ainsi, s'il y a une complication locale ou générale qui puisse faire redouter de mauvaises suites pour l'opération, on a l'autre œil pour ressource; si des accidents surviennent, on peut d'ailleurs, dans l'intervalle des deux traitements, faire disparaître la complication générale dont l'influence ne s'est déclarée qu'après la première opération; car, suivant Weller, la moindre affection générale se déclare presque aussitôt après qu'une opération a été faite sur l'œil. Puis, il est des sujets nerveux qui ont bien souvent, à la première opération, des accidents qu'ils n'éprouvent pas à la seconde; ils sont, pour ainsi dire, familiarisés avec les instruments, et ne voient pas l'opération aussi terrible qu'elle leur avait paru d'abord. Sans vouloir entrer dans une discussion plus longue, nous ferons observer que ces dernières réflexions des partisans de l'opération double combattent elles-mêmes leurs premières objections.

Quelles sont les préparations à faire subir aux malades avant l'opération?

Pendant long-temps on a négligé de préparer les malades aux opérations; aujourd'hui on est revenu de cette coutume peu louable, et c'est, nous le pensons, à ces sages précautions qui éloignent les accidents qui pourraient se manifester pendant et après l'opération, autant qu'à son habileté, que le professeur Serre doit les succès dont nous avons été témoin. C'est à son indocilité pour ces préparations, qu'un nommé Gonard, maréchal, de Beaucaire, opéré par le même professeur, a dû de perdre en partie la vue que l'opération lui avait rendue complètement.

Si le sujet est pléthorique, on doit le saigner quelques jours auparavant, le soumettre à des boissons émollientes, et préférer la saignée du pied à celle du bras. M. Lusardy saigne ordinairement aux deux pieds dans les maladies des yeux. Si l'on soupçonne un mauvais état des premières voies, on doit faire vomir le malade. Un purgatif est souvent préférable, parce qu'il porte moins le sang au cerveau. Le professeur Serre préfère cette médicamentation. Scarpa est dans l'usage d'administrer, aux femmes nerveuses et hystériques, des toniques quelques mois auparavant. On doit aussi, avant tout, combattre les complications. Ainsi, si nous désapprouvons le vésicatoire que M. Roux fait appliquer à la nuque la veille de l'opération, pour détourner, dit-il, l'inflammation qui pourrait se porter à la tête et sur les yeux, pensant que cette pratique serait plutôt capable d'attirer que de détourner l'inflammation de la tête, nous approuvons volontiers la conduite de ceux qui placent, quinze ou vingt jours avant l'opération, un vésicatoire chez les personnes qui ont les bords des paupières gonflées, encroûtés de chassie, la conjonctive rouge, relâchée, et les yeux larmoyants. En même temps qu'on fait l'application, pendant ces quinze jours, de collyres résolutifs, de la pommade de Janin, pour réprimer la trop grande sécrétion des glandes de Meibomius, de la membrane interne des paupières, et fortifier ainsi la conjonctive et ses vaisseaux, on peut, si le sujet est craintif, lui administrer, avant

l'opération, 12 à 15 gouttes de teinture d'opium. Dans l'hiver, on doit éviter les jours trop froids, et dans l'été les jours trop chauds. Pendant quelques jours on peut faire prendre des bains de pieds soir et matin. Nous regardons comme très-utile, et même comme nécessaire, la veille ou quelques heures avant l'opération, d'instiller entre les paupières deux ou trois gouttes d'extrait de belladone. M. Serre le fait toujours. On doit, ce nous semble, faire surtout usage de ce moyen, qui dilate la pupille, pour l'opération par extraction.

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

La principale indication est d'enlever mécaniquement l'obstacle que le cristallin ou sa membrane mettent, par leur opacité, au passage des rayons lumineux dans le fond de l'œil. Deux méthodes, comme nous l'avons déjà dit, sont mises en usage : l'extraction et l'abaissement.

Nous ne décrirons pas dans tous leurs détails ces deux méthodes, ni les instruments qu'on emploie; car nous ne ferions que donner mot à mot la description qu'en ont faite les auteurs.

Abaissement. — Il n'est, à proprement parler, besoin, pour cette opération, que d'une aiguille à cataracte qu'on introduit dans l'œil à travers la sclérotique, à deux lignes de son union avec la cornée, un peu au-dessus ou au-dessous du diamètre transversal de la pupille. En introduisant l'aiguille dans ce lieu, on évite, suivant Petit, Chaussier, Beer, Scarpa, de blesser le ligament ciliaire et les artères ciliaires longues; l'aiguille parvenue dans l'œil, on divise la capsule, on abaisse et on enfonce le cristallin dans la chambre postérieure et dans le corps vitré, où il est absorbé : c'est la plus ancienne des méthodes; elle comprend divers procédés qui sont : 1° le broiement, qui consiste à déchirer largement la capsule du cristallin, à diviser ce corps en petits fragments que l'on pousse, à travers la pupille, dans la chambre antérieure; bientôt ils y sont dissous, absorbés par par l'humeur aqueuse (Scarpa); 2° la réclinaison, dans laquelle on

fait éprouver au cristallin, avant de l'abaisser, un mouvement de bascule qui porte sa face antérieure en haut, et son bord inférieur en avant; 3° la kératonixis, qui consiste à faire arriver l'aiguille au cristallin à travers la cornée en passant par l'ouverture pupillaire. Torquet a été l'inventeur de cette méthode. Blangenbeck l'a introduite dans la pratique allemande. Nous ne l'avons jamais vu employer, car elle se pratique très-peu en France. Ce ne serait guère que dans le cas d'une grande indocilité du malade qu'il serait bon de la mettre en usage; mais hors ces cas, on doit peu s'en servir; car, pour peu que le chirurgien manque d'expérience, il peut laisser à la cornée une cicatrice très-désagréable. Quant au broiement, il doit être employé quand le cristallin est trop dur, afin qu'ayant été divisé en plusieurs parties, il soit plus facilement attaqué par l'absorption : c'est Scarpa qui a fait revivre cette méthode.

Extraction. — Elle consiste à inciser largement vers son bord supérieur la cornée transparente, à diviser la capsule cristalline au moyen de la pointe du même couteau à cataracte, ou plutôt avec l'aiguille, ensuite à presser légèrement sur l'œil pour donner issue au cristallin; et s'il ne sort pas, on l'extrait au moyen de la curette qui sert en même temps à retirer les parcelles de membranes qui peuvent être restées. Comme l'abaissement, elle a un grand nombre de procédés qui sont fondés sur la forme des instruments, ou sur le lieu par lequel on extrait le cristallin.

Telle est la sclérotomie, pratiquée pour la première fois par Earle, préconisée par Lebel, et enfin adoptée par Quadri, médecin italien : ce dernier fait une incision large d'environ trois lignes sur la sclérotique, à deux lignes de la cornée; il va saisir ensuite le cristallin et son enveloppe au moyen d'une pince, et entraîne le tout par l'angle externe de l'œil.

Quelle est la méthode chirurgicale que l'on doit préférer ?

Cette question, depuis long-temps discutée, l'est encore et le sera tant qu'il y aura des chirurgiens qui opéreront par l'une ou l'autre

méthode. En effet, celui qui opère par extraction ne pourra jamais se convaincre que la méthode par abaissement est préférable. Ainsi, il sera difficile de démontrer à MM. Lallemand et Serre que l'extraction vaut mieux, et à MM. Boyer et Roux que c'est, au contraire, l'abaissement. D'après ce que nous avons vu, nous concluons que ce n'est pas en citant un grand nombre de réussites qu'on peut savoir quelle est la meilleure méthode, car les succès peuvent être égaux : c'est d'après la gravité des accidents qui suivent l'une ou l'autre. En un mot, nous devrons préférer celle qui est la plus simple, la moins dangereuse, et celle qui peut s'employer dans un plus grand nombre de cas.

Accidents propres à l'abaissement. — 1° Le chirurgien est très-embarrassé quand, en opérant par abaissement, la transparence de l'humeur aqueuse est troublée par un épanchement de sang provenant de la lésion d'un vaisseau blessé, ou par l'humeur laiteuse qui souvent distend la capsule. Alors la cataracte se dérobe à sa vue, et il faut remettre l'opération, à moins que le cristallin ne soit pris déjà par l'instrument.

2° Quand la cataracte est capsulaire, il faut déchirer cette membrane, et en pousser les débris dans la chambre antérieure, à travers l'ouverture pupillaire, suivant Scarpa.

3° Si le cristallin est ramolli, il est plus difficile de le déprimer que de l'extraire ; mais si sa capsule est incisée, il tombe et disparaît en peu de temps par l'absorption.

4° Quand on cherche à déprimer la cataracte, il arrive que le cristallin passe dans la chambre antérieure de l'œil, et devient cause d'irritation, d'inflammation qui nécessite son extraction. Si, au contraire, quand on opère par extraction, le cristallin tombe dans le corps vitré, on peut l'y laisser, car il y est bientôt absorbé. Pour répondre à cette assertion, nous dirons que le cristallin peut être absorbé, comme l'a vu Dubois. Hey prétend qu'on devrait toujours le faire passer dans la chambre antérieure, si l'on n'avait à craindre de blesser l'iris ; et quand on serait dans la nécessité de le retirer de la chambre antérieure, on pourrait, sans être obligé d'employer l'ex-

traction, imiter la conduite de Dupuytren, qui engageait l'aiguille d'arrière en avant à travers la pupille, et ramenait le corps dans la chambre postérieure. Pourquoi aussi n'adopterait-on pas le moyen de Briot, chirurgien de Briançon, qui, dans une opération où il abaissait le cristallin, vit ce corps passer dans la chambre antérieure. Il fit à l'instant fermer les volets de l'appartement où il opérait, pour obtenir la dilatation de la pupille; il put alors faire passer le cristallin à travers cette pupille élargie, et termina ainsi l'opération. Dupuytren a obtenu le même résultat avec l'extrait de belladone.

5° On a reproché à l'abaissement de produire plus souvent des vomissements que l'extraction : on les attribue à la lésion du ganglion nerveux ou ligament ciliaire. Beer pense qu'on peut les rapporter à la pression que le cristallin exerce sur la rétine : quand elle est trop forte, il y a amaurose subite et complète. Nous avons vu M. Serre opérer par cette méthode une centaine d'individus, et nous n'avons jamais vu ces accidents se manifester; ils doivent donc être très-rares.

6° La douleur est moins vive dans l'extraction, car la cornée n'a pas autant de sensibilité que les parties que l'on pique dans l'abaissement, qui sont la sclérotique, la choroïde, la rétine, et cette douleur peut amener de l'inflammation. Je n'ai jamais vu faire au malade que l'on allait opérer, aucun mouvement qui indiquât qu'il éprouvait beaucoup de douleur par la piqûre de l'aiguille.

7° Enfin, l'inflammation est moins grave après l'extraction qu'après l'abaissement, et cela tient, dit-on, à ce que, par l'écoulement de l'humeur aqueuse dans l'extraction, il y a un véritable relâchement dans tout l'organe. Dans l'abaissement, il ne peut y avoir de détente produite par l'écoulement de quelques gouttes du corps vitré qui se fait à travers la sclérotique, et cependant il peut y avoir eu une blessure de l'iris, de la choroïde, des nerfs ciliaires, de la membrane hyaloïde et du corps vitré. Qui ne croirait, en lisant, dans les auteurs qui soutiennent l'extraction, les inconvénients qu'il y a à opérer par abaissement, que ce dernier doit encore être proscrit, s'ils n'étaient, après cela, forcés d'avouer que ces accidents sont, à peu de

chose près, communs aux deux méthodes? Ainsi, dans l'une comme dans l'autre, il peut y avoir inflammation, blessure de l'iris; et de plus, dans l'extraction, on a à craindre la procidence de l'iris, son décollement, des cicatrices fâcheuses de la cornée.

Dans l'extraction, l'écoulement du corps vitré, et la perte assurée de la vision qui s'ensuit, ne sont pas des accidents que l'on puisse combattre; la vue, la plupart du temps, est perdue sans ressource. Je le sais, on pourra encore reprocher à l'abaissement de laisser dans l'œil le corps étranger qui peut ensuite remonter. Nous répondrons à ces deux arguments : d'abord que le cristallin est résorbé; ou, s'il ne l'est pas, il peut rester au fond de la chambre antérieure sans occasionner aucun accident. Beer rapporte avoir ouvert des yeux qui avaient été opérés vingt ans auparavant; le cristallin était dans le même état qu'au moment de l'opération, et cependant la vue n'en avait pas été troublée pour cela; s'il remonte, on peut l'abaisser une seconde et même une troisième fois, sans que les accidents augmentent de gravité. Callisen rapporte une observation dans laquelle la malade opérée n'y a vu qu'après la quatrième fois. S. Cooper, Hey se sont servi sept fois de l'aiguille avant de réussir. Un autre motif qui doit faire préférer l'abaissement à l'extraction, c'est que, si l'opération manque également dans les deux méthodes, dans l'extraction, l'œil est vidé, et il reste une très-grande difformité; tandis que, dans l'abaissement, l'œil conserve sa forme naturelle. Les chirurgiens partisans de l'extraction vont jusqu'à avouer que les accidents, dans cette méthode, sont plus nombreux; mais, disent-ils, ils sont moins graves, et un opérateur peut les éviter, tandis qu'aucune habileté n'est capable de soustraire les malades à ceux que l'abaissement entraîne. Nous avons démontré plus haut le peu de fondement de semblables arguments.

Il nous reste à examiner les cas où l'une de ces méthodes est préférable à l'autre, et quelle est la plus simple et la plus facile.

L'abaissement doit être préféré : 1° quand l'œil est enfoncé et que l'incision de la cornée serait difficile; 2° lorsque l'œil est trop mobile; 3° quand l'œil est tellement saillant et distendu par ses humeurs,

qu'on craint que le corps vitré n'échappe après l'incision faite à la cornée; 4° lorsque la pupille est très-étroite et qu'on a inutilement employé tous les moyens pour la dilater, quoiqu'elle n'ait point d'adhérence avec la capsule cristalline, parce qu'alors, si on opère par extraction, il est à craindre qu'on ne puisse faire sortir le cristallin à travers cette pupille; 5° quand l'iris est adhérent à cette même capsule; 6° quand la cornée est très-aplatie, la chambre antérieure fort petite, de sorte qu'on ne pourrait ouvrir l'œil sans intéresser l'iris; 7° s'il existe sur la cornée des taies qu'il faudrait comprendre dans l'incision faite sur cette membrane en faisant l'extraction; 8° quand la cornée est petite au point que l'incision ne pourrait donner passage au cristallin; 9° chez les enfants très-jeunes; 10° si les paupières sont affectées d'un engorgement chronique, d'ectropion ou d'entropion; 11° si le malade est craintif ou indocile; 12° enfin, dans les cas d'absence congéniale de l'iris. L'extraction n'est nécessaire que lorsqu'il y a ossification du cristallin, ou que son volume est trop grand pour qu'il puisse être dissous.

La méthode la plus simple est celle par abaissement; il ne faut qu'une aiguille, qu'un seul opérateur, tandis que, dans l'extraction, un couteau, une aiguille, une curette et un aide sont de toute nécessité.

En nous résumant, la méthode par abaissement est préférable à l'extraction, parce qu'elle peut être employée dans un plus grand nombre de cas, que les accidents qui la suivent sont et moins nombreux et moins graves; parce qu'elle est plus simple dans son manuel opératoire; enfin, parce que l'opérateur, dans un cas de nécessité, peut employer le broiement sans changer d'instrument, et sans faire d'autres incisions à l'œil.

SOINS CONSÉCUTIFS.

Après l'opération faite par l'une ou l'autre de ces méthodes, il faut que le malade soit placé dans un lieu très-obscur. On lui applique un bandeau devant les yeux; on lui recommande de tenir les pau-

pières fermées; on le tient à la diète, aux boissons émollientes; le tabac doit être proscrit, parce que la membrane muqueuse nasale n'est qu'une continuation de celle de l'œil, et, en irritant l'une, on peut irriter l'autre. Il faut s'attacher à combattre l'inflammation, et, comme nous l'a dit souvent M. Serre, c'est là un accident contre lequel nous avons des armes. Si elle se déclare, on pratique plusieurs saignées. M. Serre est dans l'habitude d'en faire une quelques heures après l'opération, par pure précaution. Si l'inflammation augmente, on doit répéter les saignées, appliquer des sangsues au cou, un vésicatoire derrière la nuque, et employer des révulsifs sur les intestins. L'émétique à haute dose a quelquefois réussi. On enlève, après huit à dix jours, le bourdonnet de charpie qu'on avait mis sur l'œil, et peu à peu on donne un peu plus de jour au malade. Quoique ses yeux puissent supporter la lumière, on doit les en garantir en y plaçant au-devant une pièce de taffetas vert : c'est dans ce but qu'à l'hôpital St-Éloi, on a mis des rideaux verts dans la salle qui est destinée à ceux qui sont atteints de maladies des yeux.

Le plus souvent la vue ne se rétablit pas parfaitement après l'opération; cela tient à ce qu'il survient des changements remarquables dans les milieux réfringents de l'œil. La réfraction que le cristallin faisait éprouver aux rayons lumineux n'a plus lieu. Les opérés se trouvent fortement presbytes; la rétine n'a qu'une sensation confuse de la lumière : il faut alors employer des verres fortement convexes qui remplacent pour ainsi dire la convexité du cristallin.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique Chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS, *Suppléant*. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutiqne et matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE, *Examinateur*. Clinique chirurgicale.
BÉRARD, *Président*. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Suppléant*.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur*.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinateur*.
ESTOR.